附表四、生理評估結果彙整表

製表日期：

製表人：

部門	員工編號	姓名	作業別	呼吸防護具種類	生理評估		轉介醫師評估（醫學評估）				備註
					評估日期	評估結果 V：可戴用 ×：需轉介醫師評估	評估日期	評估結果 V：可戴用 ×：不建議戴用 △：有條件下使用	醫師建議	後續辦理情形	